

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1870300314		
法人名	社会福祉法人 わかたけ共済部		
事業所名	ラポールわかたけ		
所在地	福井県越前市瓜生町33-15-1		
自己評価作成日	平成 29 年 11 月 24 日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成29年12月18日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

当事業所は運営母体のわかたけ共済部の「和」の精神を基に聖徳太子を奉り、利用者や職員間の「和」を大切に、寄り添い二人三脚の関係を築いています。日常生活の中での出来る事・出来そうな事を増やせるよう、個々利用者の好きな事や得意とする事、興味のある事などを暮らしの役割とした利用者主体の委員会を設け、その人らしさを大切にした自立支援に努めています。この場所(町)で穏やかに、地域の高齢者との交流を深めつつ、共に生き「私の人生良かった」と笑顔で言えるよう、家族や地域と共に支援していきたいと思っています。年2回地域交流会、月1回ラポカフェ、月1回いきいきふれあいつどいに職員参加など地域に向けた取り組みを通じて地域の方とふれあい、気軽に立ち寄り相談し易い窓口としてグループホームの機能を活かしたいと思います。又個々の職員の有する力(得意とする事)にも着目し、日々のケアに活かしつつあります。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

家族向けアンケート(満足度調査)を実施し、家族からの率直な意見を把握するだけでなく、運営推進会議にて集計結果ならびに事業所としての見解を報告している。事業所はアンケートや運営推進会議での協議結果を踏まえ、改善計画を立て取り組んでいる。また、利用者の会「ラポール委員会」があり、職員は会の運営を支援しながら利用者の意見や要望を把握している。利用者一人ひとりの出来ること、得意とすることを暮らしの役割として、炊事、花・野菜作り等生活の様々な場面で個々の力を活かし、張り合いや喜びのある日々を過ごせるよう支援している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	【この場所(町)で穏やかに共に生き「私の人生よかった」の笑顔を尽くします】を理念に掲げ共有し、それに即した認知症ケアの実践に努めている。又就業前に理念と法人の行動指針を個々で唱和している。	事業所の理念や方針は、平成26年に職員で整理した考えを運営推進会議で話し合い作成している。職員は作成過程を十分理解し、実践している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	瓜生町内の高齢者と年2回地域交流会を通じて認知症予防講座等で交流し、地域の手作りの野菜を頂いたり、納涼祭のお誘い、一斉避難訓練にわかたけ班として参加し、地域合同避難訓練等でも交流している。	併設3事業所で町内会に加入し、管理者・職員が中心となり、定期的に地区の高齢者との交流会を持ったり、カフェを開設したりするなど地域との関係作りに取り組んでいる。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の「いきいきふれあいつどい」に職員参加。認知症予防啓発活動の一環としてミュージック・ケアを展開。又町内の高齢者との交流会で認知症予防講座をシリーズで継続し、相談支援(認知症ケアのノウハウ)も努めている。ラボカフェ月1回オープン。楽しみ事の支援や交流の場としている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	年6回、運営推進会議を開催。利用者・家族、地域、民生委員、市(包括)、居宅CM等の構成で、サービス評価改善項目など話し合いサービス向上に努めている。今年度は地域におけるグループホームの役割・機能を活かした取り組みについて話し合い、又消防署員交え「重度の方の避難方法」についても話し合っている。	毎回、運営推進会議の議題と目的を設定し開催している。外部評価の結果を運営推進会議に報告し、改善計画を検討している。地域関係者や民生委員が欠席し、市職員と家族・利用者・職員で開催する時がある。	運営推進会議に地域の関係者が参加しやすくなる工夫や介護相談員等に参加を呼び掛けるなど会議の運営が更に充実することを期待する。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	市の担当者に運営推進会議(年6回)参加してもらい、事業所での実情や課題・取り組みなど家族・地域含め、意見交換を積極的に行い協力関係を密にしている。又普段から、分からない事など必要に応じて市の担当者に聞き協力関係築いている。今後は困難課題が生じた時など随時相談できる関係を築いていきたい。	運営推進会議に毎回必ず市職員が参加し、協議を行い、連携、協力関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束のマニュアルを基に、職員は、身体拘束廃止への意識の徹底を図る上で、会議など通じて理解の強化を図り職員一丸となって取り組んでいる。又リスクとその対応について、ご家族と共有しながらもご理解頂いている。今後、苑内外の研修に参加し話し合っていきたい。H29年度第5回(1月)運営推進会議において、身体拘束について話し合う予定。	平成26年にチェックリストを活用し、全職員で事業改善計画を作成し取組んだ。認知症に関する専門研修に毎年職員を派遣したり、法人全体で法人理念や法令遵守に関する研修を実施したりしている。	虐待防止や身体拘束廃止への意識の徹底を図るために、職員全体の共有認識を図り、ケアの体制がより充実することを期待する。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	苑内外で学ぶ機会を持ち、虐待防止の徹底に努めている。個々の職員は、日々のケアの中での振り返りを行いながら、不適切なケアへの気づきを得て、管理者含め職員間で共有しケア向上に努めている。又職員の話聞きストレス緩和、メンタルヘルス・ケアに努める。。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	利用者のもとに生活支援員が介入しているので在宅生活の中での権利擁護の必要性を職員は感じている。新たな問題が生じた時には、制度活用の支援が出来る様、研修での学ぶ機会を多く持ち今後の支援に活かしたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時、本人や家族の不安や疑問点を尋ねながら契約書・重要事項等を読み上げ説明し理解・納得を図っている。解約時、契約に基づくと共にその決定過程を明確にし、利用者や家族に分かりやすく説明し理解・納得を図っている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	面会時や運営推進会議、家族参加行事の際、本人や家族の意見や要望等を聞き、又介護相談員を介して得られた利用者の意見も運営に反映させている。毎月、利用者の近況報告文を送付。家族向けアンケート実施・集計し運営推進会議で報告。又ラボカフェでの家族間交流から出た意見等も反映している。	利用者主体の会(ラポール委員会)を設置し、職員が寄り添いながら利用者の意見や要望を汲取っている。また利用者へのアンケートを実施し、その結果を運営推進会議の報告し、運営に反映している。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	ホームでの日頃の活動を通じての職員の運営に関する意見等を聞き、月1回管理者会議で、又居宅・施設合同会議(リーダー参加)で課題となる現場の声を伝えていくなど、意見のくみ上げ、会議の場で伝え意見頂きながら話し合い運営に反映していく事を努めつつある。	管理者は職員との日々のコミュニケーションだけでなく、職員の退職や異動の際には利用者への影響等も考慮し、当該職員からの積極的な意見提案や他職員との丁寧な引継ぎができるよう配慮している。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	働きやすい職場環境になるように個々の職員に日頃の勤務状況を聞きながら、改善可能な部分を日々検討している。柔軟な労働時間や給与水準の改善を図り、個々の職員が持つ力をケアに活かせるようなやりがいある職場環境めざし努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	正職員、パート職員全員がスキル向上出来るよう苑内外の研修受講受講機会の確保している。個人のスキルアップにおいては、資格修得や専門分野での自己研鑽に努め、現場でのケアに、又地域に向けた活動に活かせるような人材育成に努めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	福井県認知症高齢者グループホーム連絡協議会において丹南地区部会(1回/3ヶ月)に参加。今年度は事例検討会にて意見交換行っている。又GH従事者交流実践研修(1名研修、2名実習生受け入れ)、集合研修参加。会議や研修等を通じ、ネットワーク作りやサービスの質の向上に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	本人の困っている事や不安な事、思いに耳を傾け、又認知症高齢者である本人が置かれておる現状や本人の内的世界を理解し受け止め、内なる声を聴き共感し思いに寄り添う事で安心へと繋がるようなケアの在り方、関係づくりに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族の置かれている状況や心情に配慮しながらも不安や思いをよく聴き、時間をかけて段階的に認知症高齢者である本人を前向きに受け止められる様支援しながら、本人を共に支えていく方向へと関係性が築けるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人と家族がその時必要とする支援を見極め、ホームで「出来る事・出来ない事」を十分説明し理解して頂いた上で他のサービス利用を含め、担当のケアマネジャーや地域包括支援センター、必要に応じ主治医など協力しながら対応に努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は、本人がこれまで生きてこられた人生に思いを馳せ、心に寄り添いながら喜怒哀楽を共にし、日常生活でのいろいろな場面で、長い人生で培った昔ながらの仕方や成熟された知恵や感性(人生観)を本人から学んだり、支え合う関係を築いている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	職員は、家族と一緒に、本人との関わり方やリスクに対する理解とその対応等のケアについて話し合い、共有しながら共に本人を支えていく関係を築いている。毎月、近居報告(健康面/日常生活面)を家族に送付している。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	現況、外出困難な方には、ご家族・親族などホームに来て頂く体制で、比較的自立した方においては、在宅時からの地域との関係性を継続(カラオケ教室、馴染みの美容室、家族行事、親戚付き合い、孫に会う、お里巡り等)し、馴染みの関係が途切れない様、支援に努めている。	入居後、利用者や家族とコミュニケーションが取れるようになった時に馴染みの人や場所の情報を得ている。利用者一人ひとりに来訪者名簿があり、来訪時に記入してもらうことで、職員や家族が状況を確認している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	職員は、利用者同士の関わりの中で、いろいろな事を感じ利用者自ら考え役割を持ち、持てる力の発揮が出来るように工夫しながら働きかけ、その人らしく暮らせるよう側面から支援している。互いに思いやり、支え合い、感謝の心。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退居後でも、本人・家族が悩み戸惑いを感じた時、気軽に相談できる体制を取っている。退去先への面会や入院先への定期見舞いなど、関係を断ち切らない付き合いを大切にしている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	各利用者の担当職員はセンター方式をツールにアセスメントを行い、本人の思いや生活に対する意向・希望の把握に努め、他の職員においてもアセスメントに協働し情報共有しながら可能な限り本人本位に添った認知症ケアの実践に努めている。「私の希望を叶える日」	利用者の会「ラポール委員会」があり、職員は運営を支援しながら、利用者の思いや意向を把握している。また把握が困難な時には、「ヒヤリハット報告」や「24時間シート」を使い、思いや意向の把握に努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人や家族、面会に来られた方々と多くの会話を持ち、本人の生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、本人にとって大切な経験やエピソード聞きケアに活かしている。「センター方式-1~3」や「生活史表」などの記入を家族にも協力願っている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	個々の利用者の過ごし方(24H)現状を観察・洞察しながらも見極め、現状を多面的方向から把握し、本人が支援して欲しい事をまとめながらケアプランに繋げている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	カンファレンス実施。本人・家族の意向やケアのあり方、現状とリスクへの理解等々、主治医の意見を含め本人や家族と話し合いケアプランに反映している。会議に参加出来ない家族には、事前に意見を聞きケア確認を行っている。3ヶ月毎評価、6ヶ月に一度見直しを行っている。。	担当制により利用者の状況を把握する他、利用者への気づきを全職員が書き、情報を共有しながら介護計画を作成し、モニタリングを行っている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個々のケアプランを基に、ケアの実践・結果、その時の気づきや工夫を具体的に日々の記録(支援経過、介護明細・日誌等に個別に記録。職員間で共有し認知症ケアの実践や介護計画の見直しに活用している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人・家族の状況やその時の要望に応じ、外泊・外出、ホームでの家族宿泊や食事を一緒に楽しむ、家族行事の場として活用など柔軟に対応している。個々の暮らしのニーズを把握し、地域共生にて支援出来る様日々努めている。ラポカフェ、実習生(職場体験、交流研修、やすらぎ支援員養成研修等)		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	災害時や利用者の失踪時には、同系列の施設や市、警察、消防、消防団、近隣住民と協力している。又地域に向けた啓発活動において、認知症への正しい理解と認知症の人への偏見・差別の意識を改善していく活動(意識環境改善)を併せ持って啓発に努めつつある。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	本人・家族との話し合いの上で、希望する又は納得した医療機関で受診出来るよう支援している。ホームのかかりつけ医による月2回の往診。又家族と協働しながら随時定期通院行っている。	希望するかかりつけ医の受診が出来る。また月2回協力医(内科)の訪問診療がある。歯科医は年1回来所し、診療・衛生指導を受けている。神経内科等は、本人や家族と話し合いをして受診している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	介護職は、日常の健康管理を行いケアの中で、「いつもと違う」の気づきをホーム看護師に報告し、本人が適切な受診や看護を受けられる様支援している。主治医との連携においては、ホーム看護師通じ図っている。法人内施設や医療機関の看護職との連携も同様に図り、必要時協力体制取っている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時、早い段階でホームでの出来る事・出来ない事(機能)を伝え、治療方針踏まえて回復目標を本人・家族・医療機関と共有。入院中はSW、RH職、病棟NSと繰り返し話し合い場を持ち、介護職による定期見舞いにて病棟NSと情報交換し早期退院出来る様支援。退院時、包括ケア病棟のSWを窓口にて退院に向けて今後の留意点含め、多職種連携図っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合、今後の支援について、本人や家族の意向・要望を確認した上で、事業所で出来る対応を主治医の意見・マニュアルに沿って支援している。又職員全員で情報を共有すると共に、終末期においての心構えも指導している。	重度化、終末期については他施設、病院への移行を支援しているが、家族、協力医、看護師、職員が話し合いを重ね、文書を交わし、これまで2名の看取りを行った。看取り後、看護師による職員へのグリーフケアも実施している。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	利用者の現状に応じて緊急時対応・連絡マニュアルを見直し対応している。又看護職と情報共有しながら常に個々の状態把握の努め、看護職より迅速な緊急時対応の為の話し合いや指導・訓練(夜間急変時を含む)を繰り返し行っている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	29年度10月、水害を想定した地区の防災訓練にわかたけ班として参加。同月、併設建物不審火による火災想定での地域合同避難訓練実施。同時に緊急連絡伝達訓練実施。日々、避難経路や非常用設備の手順確認。月1回避難訓練実施。9月運営推進会議にて消防署員と重度の方の避難方法について話し合っている。	消防署の指導の基、住民等も参加し避難訓練を行っている。ハザードマップで災害時に50cm浸水すると想定されているため、建物の2階部分に非常用備蓄品を保管し、避難も2階にするよう周知している。また想定される災害一覧を分かりやすい場所に掲示している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	利用者ひとり一人の人格と自由の尊重を第一に考え、補講利やプライバシーを損ねない接し方を心掛けている。又記録等の個人情報においても個人情報に関する基本指針・保護規定を念頭に注意を払った取扱いに努めている。接遇チェックの実施。申し送り時利用しケアの振り返りも随時行っている。	職員は、一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないよう、声のトーンや抑揚などにも配慮し、支援している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	本人の思いや希望を十分聴き洞察し、内なる声を受け止めながら、分かる力に合わせた説明を行い自己決定・表現出来るよう職員は極力手は出さず、見守りながらも側面から支援し働きかけている。センター方式：C-1-2シート(私の気持ちシート)		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	職員は、利用者ひとり一人のペースを十分に把握し、その人の生活スタイルや暮らしの中でのこだわりを大切に、それに合わせながらも生活の幅が広がる様支援している。(日常散歩、仏壇参り、日記、新聞・テレビ情報時事ネタ会話等々。)		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人の希望に応じて近くの美容室に職員と一緒に、又個々の馴染みの美容室に家族と出掛けるなど協働支援している。外出困難な利用者においては、美容室に事前にお願ひしホームに来て頂きカットして貰っている。美容室の方との馴染みの関係性も深まっている。(お化粧、今日のファッション等)		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	職員は、利用者と一緒に買い物・検品・食事準備や後片づけ行っている。個々の状態と嗜好を考慮し、旬の食材やミニ菜園で収穫した野菜や地域の方から頂いた採れたて野菜を取り入れながら利用者と一緒に献立作成。現在食事介助が必要な現状もあるが、食べる意欲が出る様声掛けや雰囲気作りを心掛けている。	利用者と職員と一緒に収穫した野菜や買い出しに行った食材を利用し、利用者一人ひとりの力を活かし、下処理、調理、配膳、後片付けを行っている。食事中はBGMを流し、利用者は和やかな雰囲気の中で会話を楽しみながら食事をしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	介護明細に食事・水分量を記録・集計し把握。併設施設の管理栄養士に、重度の方への食事形態や栄養面での相談や協力得ている。体重は月1回測定し、運動量と食事摂取量とのバランスを考慮しながら支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	歯科検診を年1回受け、個々の口腔内の状態把握と共に状態に応じたブラッシング指導を受けている。毎食前うがい・手洗いの励行と毎食後の義歯流水洗浄、歯磨き、舌のケア、ブラッシング指導・口腔内チェック等行い見守りながら支援している。口腔ケアへの理解困難な方に対しても個々に対応。マウススポンジ等使用。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	個々の排泄パターンやその日の状態を把握し、出来るだけ排泄の失敗やオムツの使用を減らせる様、個々の尿意・便意のサインを察知し、排泄時の不安や羞恥心、プライバシーに配慮した声かけや誘導・介助を行っている。	各居室にトイレ、洗面があり一人ひとりに応じた介助に努めている。個々の尿意・便意のサインを察知し、羞恥心やプライバシーに配慮してさりげない誘導・介助を行っている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	毎日、排便・水分のチェック。便秘時には、便秘要因の把握、腹部マッサージや必要に応じ緩下剤使用等含め対応している。運動を取り入れ(ホーム内に目標を掲げ健体操や分量等)。献立の工夫、良く噛みしっかり水分を摂るなど便秘予防に繋がる様個々に説明し支援している。腸内環境整える目的でヨーグルトを毎食食時に提供。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は週4回(月、火、木、金)だが、曜日や時間は本人の希望に添えるよう、又その日その時の心身の状態を見ながら柔軟に対応するなど、個々の入浴スタイルを把握し支援。入浴困難な方には職員二人対応。シャワー用車椅子使用や、全身清拭含め状態に応じた保清と安全面に	石造りの浴室で浴室、脱衣場には、空調が設置されている。午後に入浴時間を設け、要介護度5の利用者には職員2名が対応し、工夫をしながら入浴や清拭で保清している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	個々の睡眠パターンや不眠の原因等を把握。夜眠れない利用者には、昼夜逆転がないよう日中の活動や人との交流の場を設け、一日の生活リズム作り通した安眠対策をとっている。日中の短時間の昼寝やソファで寛ぐなどその時々状況に応じ休息。忘れていく自覚からくる不安に対しては、一日の振り返りや行動確認など個別ケア対応。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個別の看護記録に通院・往診結果を記録し、処方薬の説明書を綴り職員全員が把握。看護師による薬の管理・変更時への申し送り、服薬介助での本人確認や服薬確認(口腔内確認)を徹底している。服薬困難な方には、薬の形状等を主治医に相談した上で薬局薬剤師に相談し安全に服用できる様支援。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々の得意とする事を暮らしの役割りとし、ラポール委員会を設けている。ホーム行事にてボランティアの受け入れ、又音楽を楽しむ(ミュージック・ケア)、四季折々の花や野菜作りと作品作り、私の希望を叶える日など。平成27年4月より共有ペースを地域に開放し、ラポカフェを月1回定期オープンしている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	利用者ひとり一人のその日その時の希望に添って、散歩、ドライブ、畑や花壇の水やり、玄関周囲の清掃や花植え・鑑賞など、又家族参加での外出行事や週2回スーパーでの買い物、買い物Day、私の希望を叶える日等々外出支援している。	玄関先に利用者毎の外出記録シートを置き、家族との外出等も記載するなど、職員や家族が日常的な外出状況を把握できる。週2回のスーパーへの買い出しは利用者と職員が一緒に出掛けている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	H27年7月より、当事業所での現金の取り扱いをしない事と決まり、個別の預り金は在りませんが、小口の範囲で、外出行事の際の買い物や飲食が引き続き楽しめる様支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	現在、利用者自らの電話の利用や手紙のやり取りはないが、希望があれば可能な限りそれに添える様支援している。個々の有する力に合わせた支援では、毎年家族に送る年賀状作成や暑中お見舞い(絵手紙)など支援している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	利用者にとって不快感や混乱を招くような刺激がない様に配慮し、家庭的なぬくもりを大切に空間作りを心がけています。家族やご近所から頂いた花や花壇で摘み取った季節の花々を利用者自身が楽しみながら生け、共有スペースや居室に飾り、心の安らぎへと繋げている。	共用空間は木材がふんだんに利用され、築10年が過ぎて風合いも増し心地よい空間である。利用者は居心地よく、落ち着いて過ごしている。また台所は、利用者と職員が協力して調理、配膳をするために十分な広さがある。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	個々の思い思いに事務所前のベンチで腰掛け外の景色を眺め心静かに過ごしたり、居間でのんびり寝やテレビを見ながらソファで寛ぎ会話を楽しんだり、気の合う利用者同士で居室を訪ね合ったりしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れた家具やテレビ、アルバム、馴染みの小物や愛着のある物などを置いている。個々に置いては、本人手作りの小物等を自由に持ち込んでいる。各居室の筆筒の上にメモリアルコーナーを設けている。	居室には和室と洋室がある。各居室にはメモリアルコーナーという写真や大切なものを置く場所があり一人ひとりの個性が感じられ、清潔で居心地の良い空間である。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	各居室ドアに写真入りのネームプレートを掛け、使い慣れた家具や馴染みの物などを身近に置いている。又ホールには見やすい位置に時計や暦を設置し、本人が手掛ける個人のカレンダーは居室に飾り予定を記入している。		